

สถานการณ์การดูแลแบบประคับประคองก่อนเสียชีวิต สำหรับผู้ป่วยในที่คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

จิโรจน์ สุรพันธุ์	พ.บ., ว.ว. ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์, MMedEd* ¹
กันยรัตน์ กัตถุญญ	พ.บ., ว.ว. รัชสีรศึกษา, วท.ม. (สถาบันวิทยาคคลินิก)**
ชาญยุทธ บัณฑิตวัฒนาวงศ์	พ.บ., ว.ว. อายุรศาสตร์ทั่วไป, ว.ว. อายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกของผู้ป่วยในที่ควรได้รับการรักษาแบบประคับประคองก่อนเสียชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลในปี พ.ศ. 2553 และศึกษาความชุกของโรคหลักที่ทำให้เสียชีวิต สัดส่วนและรูปแบบของการดูแลแบบประคับประคอง สัดส่วนการทำหัตถการที่คุกคาม (invasive procedure) และค่าใช้จ่ายในการรักษา

วิธีดำเนินการวิจัย: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในที่เสียชีวิตที่คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลทุกรายในปี พ.ศ. 2553 โดยรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน เพื่อจำแนกผู้ป่วยที่เสียชีวิตและควรได้รับการรักษาแบบประคับประคองตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก เก็บข้อมูลโรคหลักที่ทำให้เสียชีวิต รูปแบบการรักษาแบบประคับประคอง หัตถการที่คุกคาม ระยะเวลา และค่าใช้จ่ายต่อวันที่นอนรักษาในโรงพยาบาลครั้งสุดท้ายจนเสียชีวิต

ผลการวิจัย: ในปี พ.ศ. 2553 มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายในโรงพยาบาลจำนวน 1,231 ราย เป็นผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 709 ราย (ร้อยละ 57.6) เป็นเพศชาย 361 ราย (ร้อยละ 50.9) และเพศหญิง 348 ราย (ร้อยละ 49.1) อายุเฉลี่ย 65.0 ± 18.2 ปี (6 เดือน-102 ปี) สาเหตุของโรคหลักที่ทำให้เสียชีวิตได้แก่ โรคที่ไม่ใช่มะเร็ง 407 ราย (ร้อยละ 57.4) และโรคมะเร็ง 302 ราย (ร้อยละ 42.6) โรคที่พบบ่อยในกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็งได้แก่ ภาวะติดเชื้อในผู้สูงอายุ (ร้อยละ 31.7) โรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 20.6) และโรคเอดส์ระยะสุดท้าย (ร้อยละ 13.5) โรคที่พบบ่อยในกลุ่มโรคมะเร็งได้แก่ มะเร็งปอด (ร้อยละ 20.2) มะเร็งตับและถุงน้ำดี (ร้อยละ 17.9) และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (ร้อยละ 15.2) จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตและควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจริงจำนวน 427 ราย จาก 709 ราย (ร้อยละ 60.2) เป็นการดูแลทางจิตใจมากที่สุด (ร้อยละ 54.4) ตามด้วยการให้ยามอร์ฟีนในระยะสุดท้ายของชีวิต (ร้อยละ 14.5) และการให้ยามอร์ฟีนเพื่อลดความปวด (ร้อยละ 11.1) จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการที่คุกคามต่าง ๆ ก่อนเสียชีวิตมี 560 ราย (ร้อยละ 79.0) ค่าใช้จ่ายต่อวันของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนเสียชีวิตมีค่ามัธยฐาน 5,625.42 บาท (283.53-312,614.00 บาท)

สรุป: ผู้ป่วยในที่เสียชีวิตที่คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มากกว่าครึ่งเป็นผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองก่อนเสียชีวิต แต่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองจริงอยู่ในระดับปานกลาง โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการดูแลทางจิตใจ

* ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

** ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

*** ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

¹ ผู้ติดต่อ, อีเมล: chiroj@edu.vajira.ac.th

Abstract

Palliative Care Prior to Death for In-patients at the Faculty of Medicine Vajira Hospital: a Situational Analysis

Chiroj Soorapanth MD, FRCOST, FACS, MMedEd¹

Kanyarat Katanyoo MD, MSc (Clinical Epidemiology)**

Chanyut Banditvattanawong MD***

* Department of Orthopaedics, Faculty of Medicine Vajira Hospital

** Radiation Oncology Section, Department of Radiology, Faculty of Medicine Vajira Hospital

*** Department of Medicine, Faculty of Medicine Vajira Hospital

¹ Corresponding author, email address: chiroj@edu.vajira.ac.th

Objectives: To study the prevalence of in-patients who should have palliative care prior to their deaths at the Faculty of Medicine Vajira Hospital in 2010. Causes of death, proportion and pattern of palliative care provided, invasive procedures, and daily treatment cost were also determined.

Methods: This descriptive study included in-patients who were dead at the Faculty of Medicine Vajira Hospital during 2010. Medical records of the dead patients were reviewed to identify the patients who should have palliative care according to WHO definition. Data collected were the principle diseases leading to death, forms of palliative care provided, invasive procedures, and daily health care cost in the hospital.

Results: In 2010; 1,231 patients were dead in the hospital. There were 709 patients (57.6%) who should receive palliative care: 361 male (50.9%) and 348 female (49.1%). Mean age of the patients was 65.0 ± 18.2 years (6 months–102 years). The principle diseases leading to death were non-cancer (407 cases or 57.4%), such as infectious diseases in the elderly (31.7%), cardiovascular diseases (20.6%), and end-stage AIDS (13.5%). Among 302 patients (42.6%) with cancer as the leading cause of deaths, lung cancer (20.2%) was the most commonly found, followed by hepatobiliary (17.9%) and colorectal cancers (15.2%). Out of 709 patients who should have palliative care, only 427 (60.2%) had such treatment. The most common form of palliative care was psychological support (54.4%), followed by morphine therapy for terminal stage (14.5%) or for pain control (11.1%). Invasive procedures were carried out in 560 patients (79.0%). The median cost of daily health care was 5,625.42 Baht (283.53–312,614.00 Baht).

Conclusion: More than half of the in-patients, who were dead at the Faculty of Medicine Vajira Hospital, should have palliative care before their deaths. However, only moderate number of these patients actually had it. Most patients were provided with psychological support.

Keywords: palliative care, situational analysis, principle diseases, daily cost

บทนำ

ปัจจุบันนี้ความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีการแพทย์รวมถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยมีการพัฒนามากขึ้น ทำให้จำนวนโรคที่ไม่มีความซับซ้อนสามารถรักษาให้หายขาดมากขึ้น ในขณะที่แนวโน้มของผู้ป่วยซึ่งอยู่ในสภาวะของโรคที่ไม่อาจสามารถรักษาให้หายขาดหรือเป็นเรื้อรัง (chronic illness) และคุกคามต่อชีวิต (life threatening) เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยดังกล่าวรวมถึงครอบครัวมีความทุกข์ทรมานทั้งจากโรคที่ถูกรักษาเพื่อยืดชีวิตและค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น¹ ปัจจุบันนี้การรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) ขยายขอบเขตการดูแลในโรคหรือสภาวะทุกอย่างที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย¹ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการป้องกันและบรรเทาภาวะทุกข์ทรมานต่าง ๆ เช่น อาการปวด อ่อนเพลีย หอบเหนื่อย หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก เป็นต้น นอกจากอาการทางกาย (physical) แล้วยังเน้นการดูแลในด้านอื่นร่วมด้วยได้แก่ จิตใจ (psychological) สังคม (social) และจิตวิญญาณ (spiritual) ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม²

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงที่มีขีดความสามารถสูงในการดูแลรักษาผู้ป่วยเรื้อรังซับซ้อน ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมักเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิตและต้องการการดูแลแบบประคับประคอง แต่คณะฯ ยังไม่มีข้อมูลพื้นฐานถึงความชุกของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองก่อนเสียชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลในปี พ.ศ. 2553 นอกจากนี้ยังศึกษาความชุกของโรคหลักที่ทำให้เสียชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองก่อนเสียชีวิตในโรงพยาบาล อัตราและรูปแบบการได้รับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว อัตราการทำหัตถการที่คุกคาม (invasive procedure) ต่าง ๆ และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นต่อวันจากการรักษา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ศึกษาในผู้ป่วยที่รักษาในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลและเสียชีวิตในปี พ.ศ. 2553 ทุกราย โดยมีเกณฑ์การคัดออกคือ ไม่สามารถค้นเวชระเบียนหรือเวชระเบียนสูญหาย

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณบดี และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลแล้ว ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยในที่เสียชีวิตในปี พ.ศ. 2553 เพื่อจำแนกผู้ป่วยที่เสียชีวิตและควรได้รับการรักษาแบบประคับประคองตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก และเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคหลักที่ทำให้เสียชีวิต การได้รับการรักษาแบบประคับประคอง และรูปแบบการรักษาแบบประคับประคอง หัตถการที่คุกคาม เวลาและค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่นอนรักษาในโรงพยาบาลจนเสียชีวิต

ผู้ป่วยที่ควรได้รับการรักษาแบบประคับประคองตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก¹ ประกอบด้วยผู้ใหญ่และเด็กที่ป่วยจากความผิดปกติตั้งแต่กำเนิดและจำเป็นต้องพึ่งพาการรักษาด้วยเครื่องมือเพื่อช่วยพยุงชีวิต ผู้ที่ป่วยอย่างปัจจุบันทันด่วนด้วยโรคที่มีความรุนแรงและคุกคามถึงชีวิต ผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจากอุบัติเหตุและมีผลคุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วยมะเร็งหรือโรคเอดส์ระยะสุดท้ายที่มีแนวโน้มน้อยมากที่จะฟื้นตัว การรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) หมายถึง กระบวนการที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยให้สามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต ผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยวิธีการค้นหาปัญหาในระยะแรกของโรค การประเมินการรักษาอาการปวด และความผิดปกติที่เกี่ยวข้องอันเกิดขึ้นกับร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย¹ ทั้งนี้ในการศึกษานี้จะถือว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อไปนี้ คือ การดูแลทางจิตใจ (หมายถึง การดูแลเพื่อลดความเครียด ความกังวล ภาวะซึมเศร้า เช่น การทำกิจกรรมบำบัด ศิลปะบำบัด) การดูแลทางจิตวิญญาณ (หมายถึง การดูแลโดยอาศัยสิ่งที่ผู้ป่วยยึดถือ เช่น การทำบุญ) การดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิต (หมายถึง การดูแลในระยะเวลาที่ผู้ป่วยแสดงอาการแยลงอย่างต่อเนื่องจนเสียชีวิต เช่น ภาวะซึม ภาวการณ์หายใจช้าลงและไม่เป็นจังหวะสม่ำเสมอ โดยการให้ยาคลายกังวล การจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสถานที่ที่สงบ) การดูแลในภาวะฉุกเฉิน (หมายถึงการดูแลในภาวะคุกคามต่อชีวิต เช่น การติดเชื้อในโลหิตร่วมกับภาวะช็อก โดยการให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ การให้สารน้ำ) การดูแลภายใต้พันธกรรมชีวิต (หมายถึง การดูแลที่เป็นไปตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วย เช่น การแสดงเจตนาไม่รับการฟื้นคืนชีพ) การให้ยามอร์ฟีนในระยะสุดท้ายของชีวิต (หมายถึง การให้ยามอร์ฟีนทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่องโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความทุกข์ทรมาน) และการให้ยาเพทิดีนหรือมอร์ฟีนเพื่อลดความปวด หัตถการที่คุกคาม (invasive procedure) ครอบคลุมถึงหัตถการต่อไปนี้ การใส่ท่อ

ช่วยหายใจ การช่วยฟื้นคืนชีพ การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (C-line) การล้างไต การให้สารอาหารทางหลอดเลือด การวัดความดันโลหิตทางหลอดเลือดแดง (A-line) การเจาะตรวจน้ำไขสันหลัง การเจาะน้ำในช่องท้องหรือช่องอก การใส่ท่อระบายน้ำในช่องอก (intercostal drainage) และการใส่สายเข้าหลอดเลือดใหญ่ ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาลนับตั้งแต่วันที่แรกที่ผู้ป่วยเข้าอนโรงพยาบาลครั้งสุดท้ายจนถึงวันที่ผู้ป่วยเสียชีวิต ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้งหมดในช่วงที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจนเสียชีวิต คือ ค่าใช้จ่ายทุกอย่างที่เกิดจากการรักษาในโรงพยาบาล (direct medical cost) โดยไม่รวมถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทางอ้อม (indirect medical cost)

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสถิติ SPSS version 11.5 (Chicago, IL) การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วนตามชนิดของข้อมูลโดยข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดขึ้นในช่วงที่นอนโรงพยาบาล นำเสนอโดยใช้ค่าเฉลี่ยร่วมกับค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือค่ามัธยฐานร่วมกับค่าพิสัยตามความเหมาะสม ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ เพศ จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยภาวะที่เข้าตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก โรคหลักที่ทำให้เสียชีวิต โรคประจำตัวอื่น ๆ การได้รับการรักษาแบบประคับประคอง และรูปแบบการรักษาแบบประคับประคอง หัตถการที่คุกคาม นำเสนอโดยจำนวนและร้อยละ

ผลการวิจัย

ในปี พ.ศ. 2553 มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลจำนวน 1,231 ราย เป็นเพศชาย 660 ราย (ร้อยละ 53.6) เพศหญิง 571 ราย (ร้อยละ 46.4) มีอายุเฉลี่ย 63.5 ± 19.1 ปี (1 วัน-102 ปี) ในจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต 1,231 ราย จัดเป็นผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองก่อนเสียชีวิต 709 ราย (ร้อยละ 57.6) เป็นเพศชาย 361 ราย (ร้อยละ 50.9) และเพศหญิง 348 ราย (ร้อยละ 49.1) มีอายุเฉลี่ย 65.0 ± 18.2 ปี (6 เดือน-102 ปี) จำแนกตามสาเหตุของโรคหลักที่ทำให้เสียชีวิตได้แก่ โรคที่ไม่ใช่มะเร็ง 407 ราย (ร้อยละ 57.4) และโรคมะเร็ง 302 ราย (ร้อยละ 42.6) โดยจำนวนผู้เสียชีวิตที่จำแนกตามกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็งที่พบบ่อยได้แก่ โรคติดเชื้อในผู้สูงอายุ (ร้อยละ 31.7) โรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 20.6) และโรคเอดส์ระยะสุดท้าย (ร้อยละ 13.5) ส่วนผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งที่พบบ่อยที่สุด 3 อันดับ

แรกได้แก่ มะเร็งปอด (ร้อยละ 20.2) มะเร็งตับและทางเดินน้ำดี (ร้อยละ 17.9) และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (ร้อยละ 15.2) (ตารางที่ 1)

ในจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตและควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 709 ราย ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจริงจำนวน 427 ราย (ร้อยละ 60.2) จากข้อมูลพบว่า การดูแลทางจิตใจเป็นรูปแบบที่ให้บริการมากที่สุดคือร้อยละ 54.4 การให้ยามอร์ฟินในระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นสัดส่วนร้อยละ 14.5 และการให้ยามอร์ฟินเพื่อลดความปวดเท่ากับร้อยละ 11.1 เมื่อจำแนกตามกลุ่มโรคพบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรคมะเร็งได้รับการบริหารในรูปแบบการดูแลทางจิตใจ การให้ยามอร์ฟินในระยะสุดท้ายของชีวิต และการดูแลทางจิตวิญญาณเป็นสัดส่วนที่มากที่สุด (ร้อยละ 41.0, 3.2 และ 0.7 ตามลำดับ) ส่วนผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งได้รับการบริหารในรูปแบบการดูแลทางจิตใจ การให้ยามอร์ฟินในระยะสุดท้ายของชีวิต และการให้ยามอร์ฟินเพื่อลดความปวดเป็นสัดส่วนที่มากที่สุด (ร้อยละ 72.5, 29.8 และ 25.5 ตามลำดับ) มีข้อสังเกตว่า สัดส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลทางจิตใจในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นมะเร็ง (ตารางที่ 2)

เมื่อพิจารณาการทำหัตถการทางการแพทย์ที่คุกคามต่อผู้ป่วยพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการที่คุกคามต่าง ๆ ก่อนเสียชีวิตถึง 560 ราย (ร้อยละ 79.0) เมื่อวิเคราะห์ตามประเภทของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรคมะเร็งได้รับการทำหัตถการทางการแพทย์ที่คุกคามร้อยละ 90.4 โดยหัตถการส่วนใหญ่ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ (ร้อยละ 83.5) การช่วยฟื้นคืนชีพ (ร้อยละ 49.4) และการใส่ C-line (ร้อยละ 19.9) ส่วนผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งได้รับการทำหัตถการทางการแพทย์ที่คุกคามคิดเป็นร้อยละ 63.6 โดยหัตถการที่ผู้ป่วยมะเร็งได้รับมากที่สุดคือได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ (ร้อยละ 41.1) การให้สารอาหารทางหลอดเลือด (ร้อยละ 25.8) และการช่วยฟื้นคืนชีพ (ร้อยละ 16.6) (ตารางที่ 3)

ระยะเวลาที่นอนในโรงพยาบาลมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 12 วัน (1-307 วัน) เมื่อจำแนกตามกลุ่มโรคพบว่า ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่นอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคมะเร็งเท่ากับ 10 วัน (1-307 วัน) และผู้ป่วยโรคมะเร็งเท่ากับ 14 วัน (1-147 วัน) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในขณะที่พักรักษาในโรงพยาบาลจนเสียชีวิตมีค่ามัธยฐาน 5,625.42 บาทต่อวัน (283.50-312,614.00 บาทต่อวัน) เมื่อจำแนกตามกลุ่มโรคพบว่า ค่ามัธยฐานของค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคมะเร็งมากที่สุดได้แก่ โรคตับ (13,540.86 บาทต่อวัน) ตามด้วยอุบัติเหตุ (12,418.00 บาทต่อวัน) และโรคหัวใจและหลอดเลือด (8,674.93 บาทต่อวัน) ในขณะที่ค่ามัธยฐานของค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งมากที่สุดได้แก่ มะเร็ง

ตารางที่ 1 โรคหลักที่ทำให้เสียชีวิตในผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองก่อนเสียชีวิต (n=709)

โรคหลักที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต	จำนวน (ราย)	ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมด	ร้อยละในกลุ่มโรค
กลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง	407	57.4	
โรคติดเชื้อในผู้สูงอายุ	129	18.2	31.7
โรคหัวใจและหลอดเลือด	84	11.9	20.6
โรคเอดส์ระยะสุดท้าย	55	7.8	13.5
โรคหลอดเลือดสมอง	41	5.8	10.1
โรคตับ	24	3.4	5.9
โรคไต	20	2.8	4.9
โรคปอด	17	2.4	4.2
อุบัติเหตุ	13	1.8	3.2
เบาหวาน	10	1.4	2.5
ความผิดปกติของรูปร่างในเด็กแรกเกิด	8	1.1	1.9
โรคเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน	6	0.8	1.5
กลุ่มโรคมะเร็ง	302	42.6	
มะเร็งปอด	61	8.6	20.2
มะเร็งตับและทางเดินน้ำดี	54	7.6	17.9
มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	46	6.5	15.2
มะเร็งเต้านม	31	4.4	10.3
มะเร็งระบบโลหิต	24	3.4	7.9
มะเร็งระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (หลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร)	23	3.3	7.6
มะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี	18	2.5	6.0
ไม่ทราบชนิดของมะเร็งต้นกำเนิด	14	2.0	4.6
มะเร็งระบบทางเดินปัสสาวะ	11	1.6	3.6
มะเร็งศีรษะและลำคอ	8	1.1	2.7
มะเร็งของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน	8	1.1	2.7
มะเร็งในเนื้อสมอง	3	0.4	1.0
มะเร็งผิวหนังชนิดเมลาโนมา	1	0.1	0.3

ตารางที่ 2 ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับและได้รับการดูแลแบบประคับประคองและรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองแยกตามกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็งและมะเร็ง (n=709)

การดูแลแบบประคับประคอง	โรคที่ไม่ใช่มะเร็ง (407 ราย)		โรคมะเร็ง (302 ราย)		รวม (709 ราย)	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	232	57.0	50	16.6	282	39.8
ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	175	43.0	252	83.4	427	60.2
รูปแบบการรักษาแบบประคับประคอง*						
การดูแลทางจิตใจ	167	41.0	219	72.5	386	54.4
การให้ยามอร์ฟีนในระยะสุดท้ายของชีวิต	13	3.2	90	29.8	103	14.5
การดูแลทางจิตวิญญาณ	3	0.7	2	0.7	5	0.7
การดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิต	1	0.2	9	3.0	10	1.4
การให้ยามอร์ฟีนเพื่อลดความปวด	2	0.5	77	25.5	79	11.1
การให้ยาเพทิดีนเพื่อลดความปวด	2	0.5	21	7.0	23	3.2
การดูแลในภาวะฉุกเฉิน	0	0	6	2.0	6	0.8
การดูแลภายใต้พันธกรรมชีวิต	0	0	1	0.3	1	0.1

* ผู้ป่วยแต่ละรายอาจจะได้รับการดูแลแบบประคับประคองมากกว่า 1 ชนิด

ตารางที่ 3 ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับและได้รับการทำหัตถการที่คุกคาม และชนิดของหัตถการที่คุกคามในผู้ป่วยที่ควรได้รับการรักษาแบบประคับประคองได้ แยกตามกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็งและมะเร็ง (n=709)

หัตถการที่คุกคาม (invasive procedure)	โรคที่ไม่ใช่มะเร็ง (407 ราย)		โรคมะเร็ง (302 ราย)		รวม (709 ราย)	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการทำหัตถการที่คุกคาม	39	9.6	110	36.4	149	21.0
ผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการที่คุกคาม	368	90.4	192	63.6	560	79.0
ชนิดของหัตถการ*						
การใส่ท่อช่วยหายใจ	340	83.5	124	41.1	464	65.4
การช่วยฟื้นคืนชีพ	201	49.4	50	16.6	251	35.4
การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (C-line)	81	19.9	29	9.6	110	15.5
การล้างไต	71	17.4	11	3.6	82	11.6
การให้สารอาหารทางหลอดเลือด	69	17.0	78	25.8	147	20.7
การวัดความดันโลหิตทางหลอดเลือดแดง (A-line)	56	13.8	13	4.3	69	9.7
การเจาะตรวจน้ำไขสันหลัง	27	6.6	6	2.0	33	4.6
การเจาะน้ำในช่องท้องหรือช่องอก	27	6.6	39	12.9	66	9.3
การใส่ท่อระบายน้ำในช่องอก (intercostal drainage)	9	2.2	8	2.6	17	2.4
การใส่สายเข้าหลอดเลือดใหญ่ (cut down)	4	1.0	9	3.0	13	1.8

* ผู้ป่วยบางรายได้รับหัตถการมากกว่าหนึ่งชนิด

ตารางที่ 4 ค่าใช้จ่ายต่อวันของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนเสียชีวิตแยกตามกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็งและโรคมะเร็ง

อันดับค่าใช้จ่าย ในโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง	ค่ามัธยฐานค่าใช้จ่าย ต่อวัน (บาท) (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด)	อันดับค่าใช้จ่าย ในโรคมะเร็ง	ค่ามัธยฐานค่าใช้จ่าย ต่อวัน (บาท) (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด)
1. โรคตับ	13,540.86 (729.95-54,918.00)	1. มะเร็งผิวหนังชนิดเมลาโนมา	9,571.90*
2. อุบัติเหตุ	12,418.00 (3,722.67-19,959.00)	2. มะเร็งระบบโลหิต	5,865.75 (3,443.86-32,828.75)
3. โรคหัวใจและหลอดเลือด	8,674.93 (355.59-312,614.00)	3. มะเร็งตับและทางเดินน้ำดี	5,129.44 (622.50-28,934.00)
4. โรคไต	6,611.38 (2,644.41-24,050.89)	4. มะเร็งในเนื้อสมอง	4,873.12 (2,358.94-6,199.50)
5. โรคหลอดเลือดสมอง	6,171.32 (590.00-24,826.00)	5. มะเร็งของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน	4,732.37 (3,878.15-15,981.67)
6. โรคติดเชื้อในผู้สูงอายุ	6,012.05 (760.00-96,686.67)	6. มะเร็งระบบทางเดินอาหาร ส่วนต้น	4,503.87 (2,061.67-4,503.87)
7. โรคปอด	5,996.11 (2,730.34-74,276.13)	7. มะเร็งปอด	4,182.00 (599.82-18,770.50)
8. โรคเบาหวาน	5,237.28 (1,897.81-11,876.14)	8. มะเร็งศีรษะและลำคอ	4,135.88 (892.70-15,905.50)
9. ความผิดปกติอย่างรุนแรง ในเด็กแรกเกิด	4,970.53 (545.00-11,407.00)	9. มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	4,033.00 (1,394.55-14,723.00)
10. โรคเอดส์ระยะสุดท้าย	4,743.07 (411.57-16,567.00)	10. มะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี	4,025.83 (283.53-10,462.00)
ค่ามัธยฐานรวมของค่าใช้จ่าย ของโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง	6,526.73 (355.59-312,614.00)	ค่ามัธยฐานรวมของค่าใช้จ่าย ของโรคมะเร็ง	4,282.08 (59.67-50,685.86)

* หมายถึง มะเร็งผิวหนังชนิดเมลาโนมา มีผู้ป่วย 1 ราย จึงไม่มีค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

ผิวหนังเมลานินมา (9,571.90 บาทต่อวัน) ตามด้วยมะเร็งระบบโลหิต (5,865.75 บาทต่อวัน) และมะเร็งตับและทางเดินน้ำดี (5,129.44 บาทต่อวัน) (ตารางที่ 4)

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่า ร้อยละ 57.6 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองก่อนเสียชีวิต ซึ่งในประเทศไทยยังไม่เคยมีการศึกษาถึงอัตราของผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองก่อนเสียชีวิต ในประเทศออสเตรเลีย เคยมีการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง แต่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทางตอนใต้ของประเทศ ไม่ใช่ผู้ป่วยที่เสียชีวิตตั้งในการศึกษานี้ ซึ่งการศึกษาของออสเตรเลีย พบว่าร้อยละ 35 ของผู้ป่วยในของโรงพยาบาล เป็นผู้ที่ไม่ควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง³

การศึกษานี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองก่อนเสียชีวิตที่คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลในปี พ.ศ. 2553 เป็นโรคที่ไม่ใช่มะเร็งมากกว่าโรคมะเร็ง (ร้อยละ 57.4 เทียบกับ ร้อยละ 42.6) ซึ่งแตกต่างจากอัตราตายต่อประชากรไทย 100,000 คน 3 อันดับแรกได้แก่ โรคมะเร็งและเนื้องอก (91.2) อุบัติเหตุ (51.6) และโรคความดันเลือดสูงและโรคหลอดเลือดในสมอง (31.4)⁴ และการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยในที่ไม่ควรได้รับการรักษาแบบประคับประคองก่อนเสียชีวิตได้รับการดูแลแบบประคับประคองจริงมีจำนวนร้อยละ 60.2 ซึ่งเป็นจำนวนไม่มากนัก ทั้งนี้ยังไม่เคยมีการศึกษาว่าผู้ป่วยที่ควรได้รับการรักษาแบบประคับประคองได้รับการรักษาแบบประคับประคองจริงมากน้อยเท่าไร มีแต่การศึกษาของ To และคณะ³ ที่พบว่าผู้ป่วยในที่ไม่รักษาในโรงพยาบาลทางตอนใต้ของประเทศออสเตรเลียที่ควรได้รับการรักษาแบบประคับประคองนั้นได้รับการส่งต่อไปสถานพยาบาลเฉพาะทางด้านดูแลแบบประคับประคองจริงเพียงร้อยละ 22 แต่ไม่ได้รายงานว่ามีผู้ป่วยเหล่านั้นได้รับการรักษาแบบประคับประคองจริงในโรงพยาบาลเหล่านั้นเท่าไร

ส่วนรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่พบมากที่สุดได้แก่ การดูแลทางจิตใจ อธิบายได้ว่า ทีมบริบาลให้ความสำคัญต่อมิติทางจิตใจ เช่น การลดความเครียด ภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตามผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้รับการจัดการความปวดด้วยยาแอมอร์ฟีนซึ่งควรเป็นยากลุ่มแรกในการจัดการความปวดเรื้อรังและในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตจำนวน 182 คนจาก 709 คน (ร้อยละ 25.6) และมีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแก้ปวดชนิดเพทิดีนในระหว่างการรักษาแบบประคับประคอง

จำนวน 23 คน (ร้อยละ 3.2) ซึ่งถึงจะมีอัตราส่วนที่ต่ำแต่ไม่เหมาะสมเนื่องจากการให้ยาเพทิดีนเป็นระยะเวลาสั้นเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคลมชัก⁵

ในส่วนการทำหัตถการทางการแพทย์ที่คุกคามก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตมีถึงร้อยละ 79.0 โดยผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรคมะเร็งได้รับการทำหัตถการสูงกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็ง (ร้อยละ 90.4 เทียบกับร้อยละ 63.6) ซึ่งอาจเป็นจากทัศนคติของทีมผู้บริบาลต่อโรคอื่นที่ไม่ใช่โรคมะเร็งว่า ต้องให้การรักษาอย่างถึงที่สุด หรือการดูแลแบบประคับประคองใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งเท่านั้น ส่วนรูปแบบของหัตถการทางการแพทย์ที่พบบ่อยคือ หัตถการการพ่นฝอยซึ่งรวมทั้งการใส่ท่อช่วยหายใจ

ค่าใช้จ่ายต่อวันของผู้ป่วยที่สมควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่สูงที่สุดได้แก่ โรคตับเนื่องจากการใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง และมักมีโรคอื่นร่วมด้วย ส่วนค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุซึ่งเป็นอันดับที่ 2 อาจเกิดจากทัศนคติของผู้บริบาลที่มีความตั้งใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยโดยมุ่งหวังให้หายจากความเจ็บป่วยและสถานะของโรคที่เกิดอย่างปัจจุบันทันด่วนยากแก่การเตรียมตัวเตรียมใจในการยอมรับการดูแลแบบประคับประคองในระยะเริ่มแรก ขณะที่ค่าใช้จ่ายต่อวันของผู้ป่วยมะเร็งผิวหนังชนิดเมลานินมีค่าใช้จ่ายสูงที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเนื่องจากมีผู้ป่วยเพียงรายเดียวและได้รับการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในขณะพักรักษาตัวภายในโรงพยาบาลเป็นเวลา 91 วัน และมีผู้ป่วยมะเร็งบางรายที่ได้รับการบำบัดในระยะประคับประคอง นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งทุกรายในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งสุดท้ายก่อนเสียชีวิต โดยที่ค่าใช้จ่ายต่อวันสามารถลดได้ถ้าผู้ป่วยได้รับการวางแผนให้การดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่แรกเริ่ม Morssion และคณะ⁶ พบว่าสามารถลดค่าใช้จ่ายต่อวันในผู้ป่วยที่เสียชีวิตและได้รับการดูแลแบบประคับประคองถึง 374 ดอลลาร์สหรัฐต่อวัน และมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษานี้มีข้อจำกัดได้แก่ เป็นการศึกษาที่ทำในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจนสูงซึ่งรับการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนและเสี่ยงส่งผลให้ความชุกของโรคอาจจะมีความแตกต่างกับโรงพยาบาลในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ นอกจากนี้วิธีการศึกษาใช้รูปแบบทบทวนวรรณกรรมเพียงอย่างเดียวอาจได้ข้อมูลในมิติเดียว ถ้าผู้วิจัยได้สัมภาษณ์บุคลากรผู้ดูแลร่วมด้วยจะเพิ่มความถูกต้องของข้อมูลมากขึ้น

โดยสรุป ผู้ป่วยในที่ไม่เสียชีวิตที่คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลมากกว่าครึ่งเป็นผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองก่อนเสียชีวิต แต่ผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจริงยังมีไม่มากนัก สถาบันควรหาแนวทาง

ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวโดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่ได้เป็นมะเร็ง เช่น โรคติดเชื้อ โรคหัวใจและหลอดเลือด ได้รับการดูแลโดยมีเป้าหมายในเรื่องคุณภาพชีวิตมากกว่าการหายความเจ็บป่วยจากโรค ตลอดจนการให้ความรู้ในเรื่องการจัดการความปวด โดยเฉพาะกลุ่มวิชาชีพแพทย์เนื่องจากเป็นผู้กำหนดเป้าหมายการรักษา และเป็นผู้ดูแลรักษาหลักของที่มีบริบาล

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากทุนส่งเสริมวิจัยทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยขอขอบคุณคณาบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ที่อนุญาติให้ดำเนินการวิจัย และเผยแพร่ผลงานวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care: The World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24: 91-6.
2. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: module 5 palliative care. WHO 2007; p. 3-5.
3. To THM, Greene AG, Agar MR, Currow DC. A point prevalence survey of hospital inpatients to define the proportion with palliation as the primary goal of care and the need for specialist palliative care. *Intern Med J* 2011; 41: 430-3.
4. Bureau of Policy and Strategy, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Number of death and death rates per 100,000 population by leading causes of death 2003-2007. Available at: <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5>. Retrieved April 10, 2012.
5. Duvivier EH, Pollack CV Jr. Seizures. In: Marx JA, Hockberger RS, Wallss RM, Adams JG, Barsan WG, Biros MH, et al. editors. *Rosen's emergency medicine: concepts and clinical practice*. 7th ed., Philadelphia: Mosby Elsevier; 2010. p.1349.
6. Morssion RS, Penrod JD, Cassel JB, Caust-Ellenbogen M, Litke A, Spragens L, et al. Cost savings associated with US hospital palliative care consultation programs. *Arch Intern Med* 2008; 168: 1783-90.